

المنطقة التعليمية المستقلة للمدارس في هيوستن
مكتب خدمات التعليم الخاص

الإشعار الخطي المسبق: إلغاء الموافقة على خدمات التعليم الخاص

34 CFR §§300.503, 300.9 & 300.300

19 TAC§89.1050

أن الغرض من هذا الإشعار هو تزويد ولي أمر الطالب أو الطالب البالغ بالمعلومات لإتخاذ قرار مبني على المعلومات عند النظر في سحب موافقة خدمات التعليم الخاص وتقديم معلومات بشأن الآثار المترتبة على هذا القرار. تعتبر المدرسة خدمات التعليم مستمرة ولكن هذا الخيار قد رفض لأن ولي أمر الطالب أو الطالب البالغ قد ألقى موافقة التعليم الخاص. هناك العديد من الحقوق والحماية المقدمة للطلاب الذين يتلقون خدمات التعليم الخاص والتي لا تتوفر للطلاب في مراحل التعليم العام. التعليم الخاص يعني تعليم قد تم تصميمه خصيصاً لتلبية الاحتياجات الخاصة للطفل ذو الإعاقة وبدون أي تكلفة على الوالدين. يتم تحديد الأهلية للتعليم الخاص على أساس التقييمات التي تحدد الحاجة إلى تعليم متخصص يهدف إلى الفائدة في إطار المدارس العامة. يمكن الحصول على نسخة من إشعار الضمانات الإجرائية: حقوق أولياء الطلاب ذوي الإعاقة من موقع إللكتروني للمنطقة التعليمية المستقلة للمدارس في هيوستن (HISD) ومن مدرسة طفلك.

أفهم أن بسحب موافقتي من إستمرار طفلي / إستمراي في إستلام خدمات التعليم الخاص (ضع الحروف الأولى من اسمك أمام كل فقره من الفقرات التالية للإقرار بأنك تفهم محتوى الإشعار).
سيتم رفض طفلي/ رفضي من التعليم الخاص وسوف لم ألقى أي تعليم خاص أو الخدمات ذات الصلة.

سوف لم يعد إعتبار طفلي / إعتباري من ذوي الإعاقة بموجب قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة (IDEA) وسوف ألقى خدمات التعليم العام فقط.

سيتم تعليم طفلي/ تعليمي في جميع فصول التعليم العام وسوف لن أستفيد من منافع التعليم والتعديلات، والتعليم المتخصص أو الخدمات ذات الصلة. وسيكون التعليم بأكمله على أساس مستوى الصف وسأخضع / طفلي لنفس معايير المساءلة مثل أي طالب آخر من غير المعوقين.

وستطبق عليّ/ على طفلي نفس معايير الترقية/ التحفظ المطبقة على الطلاب في التعليم العام. ويشمل - ولكن لا يقتصر على ذلك - تحقيق درجة النجاح في تقييم الجاهزية الأكاديمية لولاية تكساس (STAAR) أو أي معايير أخرى في الولاية أو المنطقة التعليمية الخاصة بطلاب التعليم العام.

افهم بأنه يجب عليّ/ طفلي أن يستوفي معايير الترقية.

يجب عليّ/ طفلي تلبية جميع متطلبات التخرج بما في ذلك تحقيق درجة النجاح على مستوى (STAAR). إذا لم يتمكن طفلي من تحقيق درجة النجاح على مستوى (STAAR) سوف لا أكون/ طفلي قادراً التخرج والحصول على الشهادة من خلال التعليم العام.

من المتوقع مني / طفلي تطبيق قانون قواعد سلوك الطالب في المنطقة التعليمية (HISD) وسأخضع / طفلي لنفس التوقعات ونتائج الإنضباط العادية التي تنطبق على الطلاب من غير المعوقين. بعد إلغاء التعليم الخاص، إذا إقترحت المنطقة التعليمية طريقة للإنضباط تنطوي على رفع برنامج التعليم البديل أو الطرد، وقررت أنا السعى لإيجاد تقييم لتحديد الأهلية للتعليم الخاص ستعتبر المنطقة التعليمية بأن ليس لديها علم بإعاقة طفلي أو إعاقتي المشكوك فيها وقد ينفذ الإنضباط في انتظار تقييم جديد لتحديد الأهلية.

إذا تلقى طفلي/ تلقيت التعليم الخاص بالفعل والخدمات ذات الصلة فليس مطلوباً من المنطقة التعليمية تعديل سجلاتي أو سجلات طفلي الدراسية لإزالة أي إشارات للتعليم الخاص والخدمات ذات الصلة بسبب إلغاء الموافقة.

المنطقة التعليمية المستقلة للمدارس في هيوستن
مكتب خدمات التعليم الخاص

_____ أنا أفهم أن توفير أي خدمات تعليمية وذات صلة لم تكتمل كما ورد في تقرير (ARD / IEP) السابق ويجب إيقافها من تاريخ توقيع هذه الإستماره ، وسوف لا تقدم من المنطقة التعليمية. وهذا يشمل أي خدمات تعويضية أو طلب تقييم التعليم المستقل (IEE) أو أي خدمات تم الموافقة عليها كجزء من إتفاقات جلسة القرار أو إتفاقات التسوية أو أي خدمات مطلوبة من قبل موظف جلسة الإستماع المحايدة نتيجة لأي جلسة من الإجراءات القانونية التي قد يتم رفعها

_____ أنا أفهم أن أي طلب لخدمات التعليم الخاص في المستقبل سيتطلب الشروع في عملية الإحالة وتقييم مستويات الأداء الحالية لطفلي/ لي.

_____ أنا أفهم أن إلغاء الموافقة سيحرر المنطقة التعليمية (HISD) من مسؤولية توفير التعليم العام المجاني المناسب (FAPE) لي/ لطفلي بموجب قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة (IDEA) ومن الوقت الذي ألغيت فيه موافقة التعليم الخاص والخدمات ذات الصلة والى الوقت الذي إذا وجدت نفسي / طفلي مؤهلاً مرة أخرى للتعليم الخاص والخدمات ذات الصلة.

إذا كان لديك أسئلة بخصوص هذا الإشعار أو تحتاج الحصول على المساعدة في فهم التعليم الخاص، يمكنك الاتصال بالمدير الأقدم للتعليم الخاص أو في أخصائي برنامج التعليم الخاص. توقيعك في أدناه يوضح أنك تفهم محتويات هذا الإشعار الخطي المسبق: إلغاء الموافقة على خدمات التعليم الخاص في المنطقة التعليمية (HISD) وتفهم الفقرات أعلاه وسيتم سحب موافقتك على تقديم التعليم الخاص والخدمات ذات الصلة. بالإضافة إلى ذلك أنك تفهم تماماً أن نتيجة لسحب الموافقة تتفق على إنهاء خدمات التعليم الخاص بشكل فعلي خلال خمسة أيام من التاريخ الذي توقع على هذا الإتفاق . يمكن رفع هذه الفترة الزمنية إذا وقعت بالاحرف الاولى من إسمك على الفقرة التالية:

_____ أنا تنازل عن فترة خمسة أيام بين التوقيع على هذا الإشعار والتأريخ الفعلي، لذلك أن الإلغاء نافذ المفعول على الفور.

توقيع ولي امر الطالب/ الطالب البالغ

أسم ولي أمر الطالب/ أسم الطالب البالغ
التأريخ

التاريخ

توقيع المترجم (إن وجد)

أسم المترجم (إن وجد)

موظف المدرسة

أسم موظف المدرسة (مطلوب)
التوقيع (مطلوب)
التاريخ